

申請須知

1. 所有醫療報告均以英文簽發。醫療報告的形式由衛生署決定。
2. 申請所需的文件
 - a. 申請人必須提供病人的身份證明文件副本以處理相關申請。
 - b. 如病人未滿十八歲，申請人請額外提交：
 - (i) 病人的出生證明書副本、
 - (ii) 管養權文件證明或已簽署之擁有管養權聲明（有關擁有管養權聲明表格詳見附件），及
 - (iii) 申請人的身份證明文件副本。
 - c. 如申請已故病人的醫療報告，請額外提交：
 - (i) 病人的死亡證副本、
 - (ii) 申請人與病人關係的證明文件副本（例如：結婚證明書、出生證明書等），及
 - (iii) 申請人的身份證明文件副本。
 - d. 如申請由病人代表/第三方（例如：保險公司、律師事務所等）提出，請額外提交：
 - (i) 已獲病人授權的證明文件，及
 - (ii) 申請人的身份證明文件副本（申請人為公司如保險公司、律師事務所，則不適用）。

如有需要，衛生署或會要求申請人提供進一步的補充資料/證明文件。如資料有錯漏，署方可能無法進一步處理相關申請。
3. 收費
 - a. 按憲報規定，每一份醫療報告現時收費為港幣 800 元，此收費須在申請醫療報告時一併支付。
 - b. 請以劃線支票/銀行本票繳款，支票抬頭請寫明「香港特別行政區政府」，並在支票/銀行本票背面寫上你的姓名、身份證明文件號碼及聯絡電話號碼。如你以現金方式繳款，請交款到所屬的皮膚科診所/社會衛生科診所（有關地址請見表一）。請勿郵寄現金。

即使在醫療報告發出前取消申請，所付之費用概不發還。
4. 申請處理時間
在確認收到所有所需資料及相關費用後，我們便會處理你的申請，一般需時約四至六週。醫療報告會連同正式收據送往申請表上註明的領取點或收件地址。申請人收到通知後，必須於三個月內領取所申請的文件，否則文件將被銷毀而所收款項亦不會退回。
5. 遞交申請方法
 - a. 親身遞交到所屬的皮膚科診所/社會衛生科診所（有關地址請見表一）；或
 - b. 郵寄往所屬的皮膚科診所/社會衛生科診所（有關地址請見表一）。
6. 用途聲明
申請時所提供的個人資料，衛生署將用作處理相關的申請及管理紀錄用途。詳情請參閱收集個人資料的用途聲明。
7. 查詢
如有任何查詢，請致電 2150 7370 與社會衛生服務總辦事處職員聯絡。

表一

皮膚科診所/社會衛生科診所	地址
香港島	
柴灣社會衛生科診所	香港柴灣樂民道3號 東區尤德夫人那打素醫院專科門診大樓地庫5樓西翼
西營盤皮膚科診所	香港西營盤皇后大道西134號 西營盤賽馬會分科診療所3樓
灣仔女性社會衛生科診所	香港灣仔皇后大道東284號 鄧志昂專科診療院7樓
灣仔男性社會衛生科診所	香港灣仔皇后大道東284號 鄧志昂專科診療院6樓
九龍	
長沙灣皮膚科診所	九龍深水埗長沙灣道303號 長沙灣政府合署西九龍健康中心3樓
油麻地皮膚科診所	九龍油麻地炮台街145號 油麻地賽馬會分科診療所9樓
油麻地女性社會衛生科診所	九龍油麻地炮台街145號 油麻地賽馬會分科診療所3樓
油麻地男性社會衛生科診所	九龍油麻地炮台街145號 油麻地賽馬會分科診療所4樓
容鳳書皮膚科診所/社會衛生科診所	九龍觀塘茶果嶺道79號 容鳳書紀念中心4樓
新界	
粉嶺社會衛生科診所	新界粉嶺璧峰路2號 粉嶺健康中心6樓
屯門社會衛生科診所	新界屯門屯利街4號 屯門眼科中心5樓



衛生署

申請醫療報告 社會衛生服務

- 致：
- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 柴灣社會衛生科診所 | <input type="checkbox"/> 西營盤皮膚科診所 | <input type="checkbox"/> 灣仔女性社會衛生科診所 |
| <input type="checkbox"/> 灣仔男性社會衛生科診所 | <input type="checkbox"/> 長沙灣皮膚科診所 | <input type="checkbox"/> 油麻地皮膚科診所 |
| <input type="checkbox"/> 油麻地女性社會衛生科診所 | <input type="checkbox"/> 油麻地男性社會衛生科診所 | <input type="checkbox"/> 容鳳書皮膚科診所/社會衛生科診所 |
| <input type="checkbox"/> 粉嶺社會衛生科診所 | <input type="checkbox"/> 屯門社會衛生科診所 | |

(注意: 每份表格只供向其中一間皮膚科診所/社會衛生科診所提交申請)

第一部分: 申請人資料

申請人是否病人本人 是 (請繼續填寫第一部分) 否 (請填寫第一及第二部分)

姓名：

_____ (英文) _____ (中文)

性別： 男 女

身份證號碼：_____ 或 護照號碼：_____

通訊地址：

聯絡電話：

第二部分: 病人資料 (適用於非病人本人提出的申請)

(注意: 請提交「申請須知」第二段提及的申請所需的文件, 以處理你的申請。)

姓名：

_____ (英文) _____ (中文)

性別： 男 女 與申請人關係：_____

身份證號碼：_____ 或 護照號碼：_____

通訊地址：

聯絡電話：

第三部分: 醫療報告申請之用途

醫療用途 保險索償

(注意: 請提交相關文件, 例如醫生信 (如適用)。)

個人紀錄 其他 (請註明)：_____

請於適當方格內加「✓」

第四部分：醫療報告領取方法

- 親自領取，地點為所屬的皮膚科診所/社會衛生科診所（有關地址請見表一）
- 以掛號方式郵寄至
 - 申請人通訊地址（與第一部分相同）
 - 以下收件人/機構：
收件人姓名： _____
收件人地址： _____
收件人聯絡電話： _____

第五部分：聲明及同意書

- 本人已閱讀並明白上述「申請須知」。
- 本人謹此聲明在本表格內提供的資料準確無訛。本人簽署此表格代表本人同意/已獲病人授權衛生署社會衛生服務透露及簽發是次申請的醫療報告，給予本人或第四部分所填寫的任何人士、公司、機構或政府部門。
- 本人確認已附上「申請須知」第二段提及的申請所需的文件。本人明白如有需要，衛生署或會要求本人提供進一步的補充資料/證明文件；如資料有錯漏，署方可能無法進一步處理相關申請。

申請人/病人簽署： _____

申請人/病人姓名： _____

日期： _____

根據個人資料私隱條例要求查閱或更改資料

以有關人士身份代表未成年人士提出查閱或更改資料的要求，
需簽署以下聲明（已提供有關管養權文件的人士除外）：

聲明

本人聲明對以下名稱的兒童擁有管養權：

（兒童姓名）

簽署： _____

姓名： _____

身分證號碼： _____

日期： _____